別紙様式８

遠隔死亡診断補助加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　　　　　　　）　電話番号：（　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 受理番号 | （訪看33）　　　　　　号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　月　　日 |  | 決定年月日 | 年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| （届出事項）　　　遠隔死亡診断補助加算に係る届出 |
| 上記のとおり届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  指定訪問看護事業者  の所在地及び名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の氏名  　関東信越厚生局長　殿 |

届出内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定訪問看護ステーションの | | | ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ |  | |
|  |  | |
| 所在地及び名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者の氏名  情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師 | | | | | |
|  | 氏名 | 氏名 | | |  |
|  |  | | |
| 備考：研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。 | | | | | |